

## СТУПЕНЧАТАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ГНОЙНОЙ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

*Кабанова С.А.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Введение.** Ступенчатая антибиотикотерапия - целенаправленная замена одного препарата на другой, или замена пути его введения. В результате достигается значительное сокращение стоимости лечения, сроков пребывания в стационаре, снижение риска развития нозокомиальной инфекции. К антибиотикам для ступенчатой антибиотикотерапии предъявляются следующие требования: оральный антибиотик тот же, что и парентеральный, доказанная клиническая эффективность при лечении данного заболевания, длительный интервал дозирования, низкая стоимость, высокая биодоступность, отсутствие лекарственных взаимодействий на уровне всасывания [1,3]. По данным Л.С.Страчунского [2], основанием для перевода больных на оральный способ применения антибиотиков являются следующие клинические характеристики: температура тела ниже 38°C в течение 24-48 часов, тенденция к нормализации клинического анализа крови, улучшение или стабилизация клинической картины, возможность перорального приема пищи и жидкости, отсутствие нарушения всасывания в ЖКТ, низкая вероятность лекарственных взаимодействий.

В лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области ступенчатая антибиотикотерапия является перспективным приемом в использовании антибиотиков. Возможности ее широкого применения связаны со значительным распространением данной патологии, динамичными изменениями клинической картины при эффективно проведенном лечении в стационаре и возможностью продолжения амбулаторного лечения с пероральным приемом антибиотиков. При переводе больных из отделений интенсивной терапии в профильные отделения челюстно-лицевой хирургии создается возможность смены внутривенного пути введения антибактериальных препаратов на внутримышечный. Однако, несмотря на общие принципы назначения ступенчатой антибиотикотерапии, следует учитывать тот факт, что антимикробные препараты, в первую очередь, должны назначаться с учетом чувствительности микроорганизмов, которая может отличаться в зависимости от региона и типа стационара. Поэтому мониторинг чувствительности и разработка схем для эмпирической антибиотикотерапии, в том числе выделение препаратов для возможной ступенчатой терапии, является актуальным и перспективным.

**Цель.** На основании изучения чувствительности микроорганизмов – возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области определить антимикробные препараты, возможные для применения в качестве ступенчатой антибиотикотерапии при одонтогенной инфекции.

**Материалы и методы.** На базе Белорусского Республиканского центра «Инфекция в хирургии» и Витебской областной клинической больницы проведено бактериологическое исследование ран, язв, свищей у всех больных, госпитализированных по поводу гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Видовой состав микроорганизмов изучен у 427 больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области. Для обнаружения различных видов стафилококков использовали желточно-солевой агар с азидом натрия, стрептококков - 5% кровяной Колумбия-агар.

Идентификация аэробных, факультативно-анаэробных и микроаэрофильных микроорганизмов и определение их чувствительности к антимикробным препаратам проводилась с помощью тест-систем на биохимическом анализаторе АТВ Expression фирмы «bioMérieux», а также тест-систем АБ «СТАФ» и методом стандартных бумажных дисков. В случае необходимости оценку чувствительности штаммов микроорганизмов к антибактериальным препаратам проводили методом серийных разведений на плотной питательной среде. Всем поступившим больным по показаниям производилась хирургическая обработка гнойной раны, консервативное лечение. Проводилось общее клиническое обследование, антибиотикотерапия осуществлялась с учетом чувствительности выделенной микрофлоры.

**Результаты и обсуждение.** На основании полученных данных о чувствительности микроорганизмов нами разработаны алгоритмы эмпирической антибиотикотерапии при различных гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области. Выделены альтернативные препараты (резерва), в группу которых вошли антибиотики, для которых в большинстве случаев определена 100% чувствительность микрофлоры, и препараты выбора.

Для гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области при подозрении на стафилококковую этиологию процесса, на этапе эмпирической антибиотикотерапии в качестве препаратов резерва, по данным наших исследований, можно рекомендовать препараты следующих групп. цефалоспорины: цефалотин (94,05% чувствительных штаммов), ципрофлоксацин (90,22%) и фторхинолоны: норфлоксацин (92%). К препаратам выбора можно отнести аминогликозиды: нетилмицин (82,05%), фторхинолоны: пefлоксацин (86,73%), офлоксацин (87,5%), цефалоспорины: цефазолин (81,25%), цефотаксим (80,39%), рифампицин (84,48%). При стрептококковой этиологии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области препаратом выбора является рифампицин ((89,79%), альтернативные антибиотики: тейкопланин (69,07%), нитрофурантоин (69,79%), ванкомицин (71,43%), цефалотин (74, 0%).

При наличии Грам – палочек в отделяемом гнойных очагов для лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области предлагаем следующие препараты выбора: аминогликозиды (гентамицин) и фторхинолоны (ципрофлоксацин). В качестве альтернативных препаратов используются: нетилмицин (88,89%), тобрамицин (88,25%), амикацин (86,36%), офлоксацин (85%). Для нейтрализации Грам+ палочек резервными препаратами являются пенициллины (амоксиксацилин, тикарциллин, тикарциллин + клавулат, пиперациллин), карбапенемы (имипинем), аминогликозиды (гентамицин), фторхинолоны (ципрофлоксацин), сульфаниламидные препараты (сульфаметоксозол), мезлоциллин. Препаратами выбора являются: тобрамицин, амикацин, нетилмицин, тетрациклин, пefлоксацин, офлоксацин, котримаксозол.

При невозможности идентификации возбудителя эмпирическая антибиотикотерапия должна быть проведена с учетом чувствительности антибиотиков к микроорганизмам различных видов. По данным наших исследований, в таких случаях препаратами выбора являются сочетание ципрофлоксацина и рафимпицина. В качестве альтернативных препаратов мы рекомендуем сочетания амикацина или офлоксацина с тейкоплатином, нитрофурантоином, ванкомицином.

Для ступенчатой антибиотикотерапии нами выделены препараты, для

которых возможен пероральный и парентеральный пути введения. На основании проведенного анализа установлено, что к таким препаратам можно отнести следующие: пенициллины (ампициллин), фторхинолоны (офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин), линкозамиды (клиндамицин), сульфаниламиды (котримаксозол).

**Выводы.** На основании изучения чувствительности микроорганизмов выделены антибактериальные препараты, возможные для ступенчатой антибиотикотерапии: ампициллин, офлоксацин, пефлоксацин, нипрофлоксацин, клиндамицин, котримаксозол.

**Литература:**

1. Буданов, С.В. Ступенчатая антибиотикотерапия инфекций / С.В.Буданов //Клинический вестник – 1996 – № 4 – С. 20-22
2. Страчунский, Л.С. Ступенчатая терапия – новый подход к применению антибактериальных препаратов / Л.С.Страчунский, О.Л.Розенсон // Клиническая фармакология и терапия. –1997. – № 4. – С. 23-25.
3. Jewesson, P. Economic impact of intravenous – to – oral antibacterial stepdown therapy / P.Jewesson // Clin. Drug Invest. – 1996. – № 11 – P. 1-9.